

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARGUERITE S. MORIN

Anc. Externe des Hôpitaux

Croix de Guerre

Née à Paris, le 8 Juillet 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CONCEPTION

AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

84 1

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNEE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARGUERITE S. MORIN

Anc. Externe des Hôpitaux

Croix de Guerre

Née à Paris, le 8 Juillet 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CONCEPTION

AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — [PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TRIFFANEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène et médecine préventive.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgi- cale.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LE LORIER	Obstétrique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE .	Chimie biologique.	LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	METZGER	Obstétrique.
CHAMPY	Histologie.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	PHILIBERT	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils . . .	Physiologie.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VERNE	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VILLARET	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER . .	Urologie.	VELTER	Ophthalmologie.
HOVELACQUE . .	Anatomie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infan-	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale
	tile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE PÈRE

LE DOCTEUR ADOLPHE MORIN

ET DE NOTRE GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR HENRI MORIN

A NOTRE MÈRE

A NOTRE ONCLE E. GOGUEL

A NOS FRÈRE ET SOEURS

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA CLINIQUE BAUDELOQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse. Nous le prions de trouver
ici l'expression de notre très vive
reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR A. SIREDEY
MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous guider dans
notre travail et que nous tenons à
remercier ici, du bienveillant in-
térêt qu'il nous a témoigné.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR DELBET
M. LE PROFESSEUR ACHARD
M. LE DOCTEUR DEMELIN

Externat

M. LE DOCTEUR SORREL
M. LE PROFESSEUR GUINON
M. LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER
M. LE DOCTEUR MONIER-VINARD
M. LE PROFESSEUR HARVIER
M. LE DOCTEUR GARNIER
M. LE PROFESSEUR JEANSELME
M. LE PROFESSEUR HUDELO

A MM. LES DOCTEURS

BURNIER, MONTLAUR, MIMIN

AUX DOCTEURS DE NOTRE FAMILLE

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous tenons à remercier ici tous ceux qui nous ont aidée à réunir notre documentation.

M. SIREDEY a bien voulu nous faire profiter des leçons de sa longue expérience clinique et de ses observations personnelles ; M. DALCHÉ a orienté nos recherches bibliographiques ; M. BRINDEAU nous a ouvert les archives de la Clinique Tarnier ; MM. CHIFOLIAU, RUDAUX, CATHALA, VAUDESCAL nous ont autorisée à publier des observations personnelles ; M. MIMIN nous a guidée et encouragée avec bonté dans notre travail.

Qu'ils veuillent bien trouver, ici, l'expression de notre reconnaissance.

Introduction

L'idée de ce travail nous a été suggérée par M. A. SIREDEY, qui venait d'observer, dans sa clientèle, un cas de conception chez une jeune femme en période prolongée d'aménorrhée.

Nous n'avons pas la prétention d'étudier ici, des faits inédits, ni de jeter un jour nouveau sur la question si complexe des rapports qui existent entre le cycle de l'ovulation et celui de la menstruation, mais seulement de rappeler la fréquence relative de cas intéressants au double point de vue physiologique et social.

La question a déjà été étudiée en 1883, par André PETIT, dans une thèse très documentée, intitulée « Conception au cours de l'aménorrhée ». Il nous a paru, pourtant, que quelques faits nouveaux en avaient un peu modifié l'aspect. Nous voulons parler de l'étude du fonctionnement des glandes endocrines, et de l'extension du domaine de la chirurgie.

Nous ne ferons qu'évoquer rapidement le côté social de la question, parfaitement traité par M. A. Siredey, dans un article paru dans le *Journal Pra-*

tique de Médecine et de Chirurgie et intitulé :
« Aménorrhée et Mariage » (1920).

Disons tout de suite qu'il nous a paru, au cours de nos recherches, faites dans différents services hospitaliers, qu'il doit exister beaucoup plus de cas de conception au cours de l'aménorrhée qu'il n'est possible d'en retrouver. Mais, dans les milieux hospitaliers, la négligence des femmes, leurs réponses approximatives, quand on leur fait préciser la date d'apparition de leurs règles, rendent presque introuvables les observations complètes et dignes de foi. Dans les milieux de clientèle, au contraire, où les femmes s'observent, la fréquence relative des cas laisse à penser que, dans les milieux hospitaliers, beaucoup de cas passent inaperçus.

Nous nous excusons donc de l'imperfection de quelques observations relevées sur des registres d'hôpital et que nous n'avons pu compléter, n'ayant pas retrouvé la femme.

Historique

Il y a bien longtemps que la question de savoir si une femme, non réglée, peut devenir enceinte, s'est posée à l'esprit des médecins.

Petit nous rappelle, dans sa thèse, qu'Hippocrate et Pline avaient déjà résolu la question, le premier par la négative, le second par l'affirmative.

Donathus (de Mantoue) écrivit, en 1586, un ouvrage intitulé « Proles sine menstuis ».

Beaucoup plus récemment, des auteurs médicaux, appuyés sur une clinique plus minutieuse, apportèrent quelques observations :

Stark, en Allemagne, en 1787.

Brières de Boismont, en 1842 (filles devenues mères avant les règles).

Taylor, de Philadelphie, en 1852.

Churchill, en 1866,

Contribuèrent à mettre en évidence la possibilité de la conception sans menstruation.

En 1820, Young, d'Edimbourg, publie plusieurs cas.

Enfin, Gallard, en 1882, fait sur ce sujet une leçon clinique (publiée par les *Annales de Gynécologie*), qui décide A. Petit à faire sa thèse sur ce sujet.

Cette thèse que nous avons parcourue, est très documentée, puisque Petit apporte 23 observations de femmes enceintes au cours de l'aménorrhée. Certaines de ces observations ont été relevées par lui-même et suivent la malade pendant plusieurs années.

Dans sa conclusion, l'auteur insiste sur la dépendance qui lui semble exister entre ovulation et menstruation. Il considère l'aménorrhée comme traduisant « l'incapacité de l'utérus à fournir les éléments d'une hémorragie menstruelle ». Il insiste particulièrement, à ce propos, sur le cas d'une aménorrhée prolongée survenue à la suite d'une inversion utérine, et au cours de laquelle plusieurs grossesses furent possibles (obs. du Docteur Burdel, de Vierzou, publiée dans *les Annales de Gynécologie*, tome XI, 1879). L'auteur suppose que la muqueuse utérine, lésée, devient inapte à l'hémorragie périodique.

A. Petit n'évoque pas encore le rôle des sécrétions internes, la connaissance de ces faits est une acquisition plus récente.

Il ne cite aucun cas d'intervention, sur une femme non menstruée et enceinte, la chirurgie des tumeurs abdominales étant exceptionnelle à l'époque où il écrivit sa thèse.

En 1904, Le Lorier publia une thèse fort intéressante sur ce sujet : Contribution à l'étude de l'aménorrhée primitive. Ce fut pour lui l'occasion de citer un certain nombre de cas nouveaux de conception au

cours de l'aménorrhée ; il publie, en particulier, une observation personnelle très détaillée que nous reproduisons dans cette thèse.

Plus récemment, en 1920, M. A. Siredey fit paraître l'article « aménorrhée et mariage », dont nous avons parlé. Dans cet article, appuyé sur une longue observation personnelle, il signale que la grossesse est possible, soit dans les cas d'aménorrhée primitive avec ou sans *molinism* soit dans les cas d'aménorrhée au cours d'une dysménorrhée habituelle.

Il nous a paru intéressant de rappeler ces faits avant de publier les quelques observations que nous avons pu recueillir dans différents services d'accouchement.

Disons tout de suite, que, malgré nos recherches il nous a été impossible de retrouver une seule observation complète d'aménorrhée primitive totale avec conception. Nous nous sommes bornés à reproduire les observations les plus typiques de Petit et de Le Lorier.

Aperçu sur l'état actuel de la question « Ovulation et Menstruation »

Nous n'entrerons pas dans de longues considérations sur les rôles respectifs de l'ovaire, du corps jaune, et de la muqueuse utérine dans les phénomènes de la menstruation. Cette question, que contribue en même temps à éclairer d'un jour nouveau et à rendre singulièrement complexe l'étude physiologique des glandes endocrines, nécessite des développements qui déborderaient le cadre de notre thèse. Nous nous bornerons à envisager le côté clinique de la question et les conditions dans lesquelles une femme non menstruée peut présenter une ovulation normale, dont la gestation est le test physiologique.

Rappelons, pourtant, quelle a été l'évolution des idées en ce qui concerne les rapports du cycle menstruel et du cycle de l'ovulation.

Alors que les anciens auteurs considéraient la menstruation comme la manifestation externe de l'ovulation, on s'accorde aujourd'hui généralement à admettre l'existence de deux cycles distincts, dépendant probablement des mêmes hormones se-

xuelles, mais pouvant évoluer chacun pour son compte.

Cycle de l'ovulation : déhiscence périodique de l'ovule se produisant entre les menstrues à une date très variable, tantôt entre le 8° et 14° jour, tantôt entre le 15° et 20° jour, plus rarement à une date quelconque, comme le prouvent des faits expérimentaux ou opératoires (Schickelé).

Cycle de la menstruation : écoulement sanguin provenant de l'utérus, précédé de phénomènes qui rappellent le choc anaphylactique. Cet écoulement peut manquer même en cas de déhiscence de l'ovule.

Ces deux ordres de phénomènes sont-ils liés à la seule existence de l'ovaire? Certains cas de règles persistant chez des femmes ovariectomisées, prouveraient-ils que la menstruation, si elle dépend, en grande partie de la sécrétion ovarienne, est en rapport avec le fonctionnement d'un plus vaste système neuro-végétatif, placé sous la dépendance de l'ensemble des glandes endocrines?

L'absence ou l'irrégularité des menstrues chez les animaux à ovulation normale, le fait que la menstruation est si profondément modifiée par les conditions sociales tendraient-ils à prouver que la menstruation est un phénomène connexe, mais non une conséquence directe de l'ovulation? Certaines perturbations endocriniennes pourraient entraver l'une et non l'autre.

Le rôle de la menstruation serait de préparer la

nidation de l'œuf sur la muqueuse utérine, et la perte de sang serait le résultat de l'effondrement d'une muqueuse non utilisée, lorsque l'œuf n'a pas été fécondé.

La régression du corps jaune amorcerait cette désagrégation de la muqueuse (Schickelé).

Pour certains auteurs, c'est la désagrégation des albumines de l'œuf non fécondé qui provoquerait le choc anaphylactique du molimen (Carlini).

Pour d'autres auteurs (Wallart, Seitz, de Rouville), la menstruation et ses anomalies dépendraient du développement de la glande *thécale*, glande interstitielle de l'ovaire, représentée par le thèque interne du follicule atreétique. Cette opinion est réfutée par le Professeur Schickelé.

Quoi qu'il en soit, chez certaines femmes, le molimen n'existe pas ou peu, la menstruation est absente ou se produit une ou deux fois par an et pourtant ces femmes deviennent enceintes et mènent une gestation à terme dans des conditions tout à fait normales.

Ce sont ces cas que nous allons étudier. Peut-être leur connaissance contribuera-t-elle un jour, pour une modeste part, à l'étude de la physiologie des glandes génitales.

Pour la clarté de l'exposé, nous envisagerons successivement tous les cas dans lesquels la conception peut se produire en période d'aménorrhée. Rappelons tout de suite que certains états d'aménorrhée sont physiologiques. C'est ainsi que les

conceptions au cours de l'aménorrhée de la puberté ou de celle des nourrices n'ont rien qui nous surprenne et pourtant elles apportent aussi leur témoignage aux théories qui dissocient les processus d'ovulation et de menstruation.

Nous envisagerons rapidement ces faits pour les éliminer et nous nous arrêterons davantage aux faits plus exceptionnels de conception au cours d'états d'aménorrhée non physiologique.

A. — Conception au cours d'états d'aménorrhée physiologique

a) CAS DE CONCEPTION AVANT L'APPARITION DES PREMIÈRES MENSTRUES.

Le cas est, paraît-il, banal dans les pays méridionaux, où, si la puberté est précoce, les rapports sexuels le sont souvent encore plus, et nombreuses, nous disent les médecins coloniaux, sont les jeunes négresses qui ont un enfant à 12 ans, avant d'avoir en leurs premières règles (obs. 1).

Nous citons (obs. 2) une observation succincte du Docteur Morisset, de Mayenne, transmise à M. Siredey et plus intéressante, parce qu'il s'agit d'un cas observé en France.

S'agit-il dans ces cas d'une fécondation coïncidant avec la date précise de la première ovulation et suspendant la première menstruation. Il paraît peut-être plus simple d'admettre, qu'à la période de la puberté le travail de l'ovulation est le premier signe d'activité de l'ovaire et qu'il déclenche sans doute secondairement par l'intermédiaire de l'ensemble des glandes endocrines un processus

de menstruation, lorsque l'utérus a atteint l'état adulte.

Quoi qu'il en soit, la fécondation est possible avant la première menstruation. C'est la seule conclusion que nous nous croyons autorisés à tirer de ces faits.

b) CAS DE CONCEPTION AU COURS DE L'AMÉNORRHÉE
DES NOURRICES.

Nous passerons rapidement sur ces faits si connus et qui pourtant évoquent la question complexe des rapports réciproques qui existent entre glandes mammaires et utérines et la question de l'influence du corps jaune de la grossesse sur la lactation et la menstruation.

« Il y a lieu de se demander, dit le Professeur Schickelé, si le corps jaune de la grossesse exerce une influence quelconque sur les glandes mammaires pendant la grossesse. Il n'y a pas de doute qu'à partir de la 8^e semaine, le développement de ces glandes, chez la femme, évolue normalement même en l'absence d'un corps jaune ».

Et pourtant un rapport doit exister puisque la menstruation est suspendue pendant la lactation dans la majorité des cas. Toutefois, l'ovulation peut se produire et la clinique nous offre un assez grand nombre de cas de gestation chez les nourrices.

En feuilletant, sur le conseil de M. Couvelaire,, environ 2.700 fiches de femmes examinées à la cli-

nique Baudeloque (Fondation Valencourt), pour gestation probable, nous avons trouvé 60 nourrices, soit un pourcentage de 2,2 % de nourrices redevenues enceintes en allaitant.

Ces faits ne sont pourtant pas la règle. Il y a, certes, une diminution de l'aptitude à la fécondité chez les nourrices. Un médecin du Creusot, localité où les femmes ont l'habitude d'allaiter près de 2 ans leurs enfants, faisait remarquer qu'une conception est exceptionnelle avant la cessation définitive de l'allaitement.

L'ovulation est-elle suspendue ? La nidation de l'œuf se fait-elle dans des conditions défavorables en l'absence de menstruation ? C'est un problème qui reste à élucider.

B. — Conception au cours d'états d'aménorrhée non physiologiques

Il nous reste à envisager les cas d'aménorrhée que ne peut expliquer aucune cause physiologique. La conception est exceptionnelle dans ces cas, mais elle est possible. C'est ce que les quelques observations récentes que nous avons réunies, tendent à prouver.

* Nous nous trouvons en présence :

Soit : d'aménorrhée primitive, complète, chez une femme dont l'appareil génital paraît normal.

Soit d'aménorrhée accidentelle (émotive le plus souvent).

Soit d'aménorrhée consécutive à un accouchement, sans lésion de l'appareil génital et sans lactation.

Soit de périodes d'aménorrhée plus ou moins prolongée au cours d'une dysménorrhée habituelle, et le plus souvent en rapport avec un syndrome hypoglandulaire.

Dans tous les cas, la conception semble avoir été possible.

a) AMÉNORRHÉE PRIMITIVE

Nous avouons que, malgré de nombreuses recherches et enquêtes, nous n'avons pu retrouver personnellement *aucun cas* (avec observation complète et digne de foi) de conception au cours d'une aménorrhée primitive.

Chaque fois qu'un cas nous a été cité, il nous a paru, en poussant l'interrogatoire, que beaucoup de femmes mettent sur le même plan les irrégularités menstruelles et l'absence vraie de menstrues et que « non réglée » signifie, pour elles, « mal réglée ».

Nous sommes donc forcés de nous appuyer sur les observations présentées avec beaucoup de minutie dans les thèses d'A. Petit et de Le Lorier et qui tendent à prouver que le fait est possible (obs. n° 3 et 4).

Il nous reste un doute sur le cas où une femme, n'ayant jamais présenté ni molimen, ni écoulement sanguin menstruel, a pu devenir enceinte. Nous insistons sur ce fait, qu'au contraire, les femmes ne présentant qu'une ou deux fois dans leur vie un écoulement sanguin — ou qui présentent un molimen cataménial menstruel, même intermittent (c'est-à-dire les dysménorrhéiques avec très longs intervalles d'aménorrhée) ne sont pas toujours condamnées à la stérilité.

Il est évident que le moindre signe extérieur d'activité des ovaires permet d'espérer l'existence

d'une ovulation possible même en dehors d'une menstruation régulière, et le molimen cataménial a une grosse importance au point de vue pronostic de fécondité.

Beaucoup moins exceptionnels sont les faits que nous allons étudier maintenant.

b) AMÉNORRHÉE ACCIDENTELLE

C'est au cours de la guerre que ces cas se sont répétés le plus souvent. Nous nous appuyons, pour l'affirmer, sur la compétence et la longue expérience clinique de M. A. Siredey, qui dit en avoir vu plusieurs dans sa clientèle... Chez des femmes ou sœurs de mobilisés, la menstruation fut brusquement suspendue par l'émotion d'un départ ou d'une mauvaise nouvelle. Cette aménorrhée persista et pourtant ces femmes purent devenir enceintes (A. Siredey, Aménorrhée et Mariage).

On nous a cité, personnellement, le cas d'une femme, cliente habituelle de la consultation prénatale du Bastion 42. Centre Social d'Œuvres de Protection de l'Enfance (91, Bd. Bessières) auquel nous nous intéressons tout particulièrement. Les registres de cette consultation pré-natale, destinée à prendre un grand développement dans un quartier populaire, sont tenus avec beaucoup de conscience et de soins, ce qui nous permet de leur accorder toute créance.

Cette femme venue consulter pour une grossesse de 4 mois, normale à tous points de vue (l'observ. mentionne un examen complet des divers appareils, des réflexes, un Wassermann négatif) présentait une aménorrhée qui avait débuté 4 ans auparavant à la suite d'un choc émotif.

Malheureusement, nous n'avons pu obtenir de cette femme qu'elle revint se faire examiner. Nous savons pourtant qu'il s'agissait bien d'une gestation.

Mais, dans un autre cas, nous devons à la grande obligeance de M. Rudaux, une observation complète prise dans sa clientèle de ville (obs. n° 5).

Il s'agit d'une femme jeune, ne présentant aucun syndrome de dysfonctionnement glandulaire et chez laquelle une aménorrhée de 6 mois, survenue brusquement après le mariage, n'empêcha nullement une conception. Au cours de sa première consultation, M. Rudaux prescrivit un traitement opothérapique auquel on aurait pu attribuer une action stimulante sur l'ovaire, mais la conception se produisit avant que le traitement ait eu le temps d'agir.

Quelle est la signification de ces cas. M. Siredey fait remarquer qu'en général les femmes en question présentent un état d'instabilité thyroïdienne.

Le choc émotif apporte-t-il une perturbation dans le fonctionnement d'un sympathique irritable. La menstruation placée plus sous la dépen-

dance de l'ensemble du système neuro-glandulaire que sous celle de l'ovaire seul se trouverait suspendue, alors que la vie normale de l'ovaire continue.

c) AMÉNORRHÉE CONSÉCUTIVE A UN ACCOUCHEMENT
SANS LACTATION

Nous citons l'observation d'une femme (examinée par nous-mêmes au Bastion 42) et qui, réglée tard, à 17 ans, mariée à 24 ans, ne revit pas ses règles après son premier accouchement, bien qu'elle ne nourrit pas son enfant. Après 10 mois d'aménorrhée elle redevint enceinte (obs. 6).

L'influence de la lactation ne pouvait être invoquée. Pourquoi l'aménorrhée survint-elle? Nous avons personnellement examiné cette femme. Elle est maigre, mais grande et normalement constituée. Les différents appareils sont en bon état, le Wassermann est négatif.

Elle se plaint uniquement de migraines, de frilosité et de tachycardie d'effort qui semblent en rapport avec une légère dysthyroïdie, cause ou conséquence des troubles menstruels.

Mais l'ovulation se fait normalement, puisque cette femme vient d'accoucher pour la troisième fois après 3 ans $\frac{1}{2}$ de mariage.

Le cas de l'observation n° 7 est analogue.

d) PÉRIODES D'AMÉNORRHÉE AU COURS D'UNE
DYSMÉNORRHÉE HABITUELLE

Ces cas sont peut-être ceux qui retiendront le plus notre attention, car ils peuvent servir de réponse au problème de l'aptitude à la fécondation des femmes dysménorrhéiques.

Certaines femmes tard et mal réglées et chez lesquelles on relève presque toujours des signes d'insuffisance pluri-glandulaire, avec frilosité et tendance à l'embonpoint, ne présentent d'écoulement sanguin menstruel que tous les 3 à 4 mois ou même 1 à 2 fois par an. Il arrive que la période intermenstruelle dure 8 ou 10 mois.

Lorsqu'il y a eu des rapports sexuels on peut songer à une gestation, mais aucun autre signe n'apparaît.

Ces femmes préoccupées de leur état viennent consulter. On ne leur trouve aucune lésion de l'appareil génital.

Un jour une gestation à laquelle on ne pensait plus, les surprend, et ce sont les signes sympathiques, le développement du ventre et des seins, l'apparition des signes fœtaux qui font le diagnostic.

Certains cas s'individualisent par une particularité.

a) Cas où la période d'aménorrhée s'étend sur 8-10 mois au moment où la conception se produit (Obs. 8, 9 et 10).

b) Cas où la conception se produit après une période courte d'aménorrhée. Ces cas constituent les fausses « grossesses prolongées ». On fait remonter la conception aux dernières règles et la grossesse se prolonge en apparence jusqu'au 10^e ou 11^e mois après les dernières règles (Obs. 11, 12, 13).

Nous nous étendrons surtout sur l'observation que nous devons à la bienveillance de M. Siredey. Il s'agit d'un cas observé très récemment dans sa clientèle.

La jeune femme, toujours mal réglée, n'avait pas eu d'écoulement sanguin depuis 8 mois. Elle était obèse et présentait quelques signes d'insuffisance ovarienne. L'utérus n'était pas gravide. Un traitement stimulant fut institué par M. A. Siredey. (Opothérapie pluri glandulaire). Une cure à Salies-de-Béarn fut conseillée. Après cette cure, la malade, toujours aménorrhéique, revint consulter pour des malaises dont elle ne s'expliquait pas la nature. L'examen montra un utérus gravide. Une gestation normale était en cours.

Ce cas, nous dit M. Siredey, s'est présenté plusieurs fois à lui au cours de sa carrière. Il fait partie de l'histoire des dysménorrhées, dont l'étiologie est parfois si difficile à préciser : Héredo-syphilis, tuberculose, suite de maladies infectieuses, ont été invoqués, toutes ces causes étant susceptibles d'altérer les glandes à sécrétion interne dont le fonctionnement normal semble nécessaire à la régularité des menstruations.

Dans la majorité des cas, il semble que l'ovulation soit altérée par les mêmes causes que la menstruation et que l'aptitude à la fécondité des femmes dysménorrhéiques soit faible. Mais les quelques cas cliniques que nous apportons prouvent qu'elle peut exister même en période d'aménorrhée.

Nous devons aussi à la très grande obligeance de M. Vaudescal une observation détaillée, relevée dans sa clientèle de ville (obs. 10). Il s'agit d'une jeune femme atteinte de dysménorrhée habituelle, cette dysménorrhée ayant débuté, dit la malade, à la suite d'un bain froid. Cette jeune femme se maria et devint enceinte, en période d'aménorrhée de 3 mois environ. La gestation, en cours actuellement, paraît tout à fait normale.

Enfin, nous classons à part les cas où la période d'aménorrhée ne remonte pas à plus d'un ou deux mois tout au plus, lorsque la conception a lieu. Dans ces conditions, au moment où les phénomènes d'ordre sympathique apparaissent, on fait remonter la conception à la date des dernières règles, et la durée de la gestation paraît dépasser le terme habituel. Ce sont les grossesses dites « fausses grossesses prolongées » et dont, en réalité, l'échéance est normale.

Nous en citons un cas, particulièrement intéressant (obs. 12), relevé par notre camarade Spindler à la clinique Tarnier, dont les portes nous furent aimablement ouvertes par le professeur Brindeau. La grossesse paraissait normale. Le volume

de l'utérus, lorsque la malade vint consulter pour la première fois, semblait à peu près en rapport avec l'âge de la gestation, calculé d'après les dernières règles. Les 9 mois révolus, la femme revint à plusieurs reprises consulter, dans l'espace d'un mois et demi environ, se croyant toujours sur le point d'accoucher. Mais elle ne présenta les signes d'une grossesse à terme qu'au bout de 11 mois. Elle accoucha d'un garçon de 2.740 grammes, poids inférieur à la normale. On conclut à une conception en période d'aménorrhée, la femme ayant déclaré, lorsqu'on l'interrogea, qu'elle avait présenté plusieurs fois dans sa vie des suspensions de règles de 2 mois, jamais plus.

Nous citons quelques observations analogues, mais dont les sujets n'ont pu être suivis d'aussi près. L'ensemble des observations 8 à 13 nous invite donc à croire que les cas de conception en période d'aménorrhée, chez les dysménorrhéiques habituelles, sont certes les plus fréquents parmi tous les cas de conception en l'absence de menstrues.

Effet du traitement de l'aménorrhée

Un traitement stimulant (opothérapie pluri-glandulaire, médications thermales ou ferrugineuses) favorise-t-il la conception chez une femme "aménorrhéique ?

Il nous paraît difficile, après avoir recueilli des avis compétents, de nous prononcer à ce sujet. Parfois, un traitement fait réapparaître les règles et est suivi de conception (obs. 14, Jugand). Il ne s'agit plus alors, à proprement parler, de conception au cours de l'aménorrhée.

D'autres fois, les règles ne réapparaissent pas, mais la conception se produit. C'est le cas de la jeune femme observée par M.^s Siredey qui devint enceinte après un traitement opothérapique et une cure à Salies-de-Béarn.

Enfin, comme nous l'avons vu (cas de M. Rudaux), un résultat heureux qu'on aurait pu attribuer à l'opothérapie, s'il s'était produit quelques mois plus tard, se produisit en l'absence de traitement avant que celle-ci ait pu agir.

Nous restons persuadés toutefois que c'est un

devoir d'essayer de traiter les jeunes femmes aménorrhéiques désireuses de devenir mères, et de ne pas décourager complètement leurs espoirs de maternité.

Diagnostic différentiel de la gestation chez les aménorrhéiques

Ce qui s'impose, c'est la plus grande prudence au point de vue des interventions chirurgicales lorsqu'on constate l'existence d'une tumeur utérine chez une femme en période d'aménorrhée très prolongée. Cette aménorrhée complique singulièrement le diagnostic. On s'accorde à penser qu'en présence de ces cas, il faut attendre, si la chose est possible, avant d'intervenir, la durée probable d'une gestation.

Mais lorsque l'aménorrhée remonte à plusieurs années, lorsque la femme souffre et demande à être soulagée, lorsque la tumeur formée par l'utérus gravis est atypique dans sa forme, on se trouve parfois dans la quasi-nécessité d'intervenir.

Nous devons à l'obligeance de M. Chifoliau, l'observation d'une femme qui se disait non réglée depuis 5 ans $\frac{1}{2}$ et qui présentait une tumeur utérine. Cette femme fut opérée dans son service à cause des douleurs dont elle se plaignait. On intervint avec la plus grande circonspection. L'intervention montra un utérus gravis. La fermeture immédiate

fut faite et la gestation continua normalement (obs. 15).

On ne saurait donc trop se méfier, au point de vue du diagnostic de la gestation, des aménorrhées prolongées, lorsqu'on songe qu'elles ne sont pas toujours un obstacle à la fécondation.

Mariage et aménorrhée

Nous ne reviendrons pas sur la question du mariage chez les jeunes filles aménorrhéiques, question traitée avec tous les développements désirables par M. A. Siredey (Aménorrhée et mariage. *Journal de Chirurgie et de Médecine* 1920), et par A. Petit dans sa thèse. Nous citerons seulement leurs conclusions auxquelles nous ne pouvons que souscrire.

M. Siredey pense que la possibilité d'une fécondation doit être envisagée :

Dans les cas d'aménorrhée primitive, sans atrophie des organes ;

Dans les cas d'aménorrhée après maladies aiguës ;

Dans les cas d'aménorrhée d'origine émotionnelle ;

Dans les cas d'aménorrhée par insuffisance glandulaire.

Tels sont les cas où il a vu la conception se produire en dehors de toute menstruation.

Il ne se croit pas autorisé à interdire le mariage dans ces cas, mais estime qu'une consultation doit être rédigée et le mari prévenu.

Les conclusions de A. Petit sont identiques :
« L'aménorrhée n'est pas un indice de stérilité ».

« Le médecin devra donc rechercher avec le plus grand soin la cause de l'aménorrhée pour se prononcer sur l'aptitude au mariage et à la fécondation des jeunes filles aménorrhéiques. »

Il ressort de ces conclusions que le médecin n'est pas en droit d'interdire le mariage à toute femme aménorrhéique normalement constituée et qu'il a toujours le droit, en instituant un traitement stimulant de l'ovaire, de laisser un espoir de maternité aux jeunes femmes aménorrhéiques.

Observations

OBSERVATION I

(Thèse A. PETIT, 1883)

M. B... mulâtresse accouchée à 13 ans 6 mois à terme d'un enfant mort par procidence du cordon. N'avait jamais été réglée. Aucun molimen. Santé excellente. Revue un an après, pas encore réglée.

OBSERVATION II

(Communiquée au D^r A. SIREDEY, par le D^r MORISSET,
de Mayenne, 10 mai 1920)

Grossesse et accouchement d'une fille de 13 ans, non réglée, violée dans une carriole.

OBSERVATION III

(Thèse de Lorier, 1904)

L. D..., 19 ans, née à terme, nourrie au sein, état général bon, développement du corps médiocre, seins petits, taille 1 m. 48, système pileux peu développé, n'a jamais été réglée, mais, tous les deux mois, présente un molimen. Les

seins ne se sont développés que depuis les premiers rapports sexuels, un an avant la conception. Ne s'est aperçue de sa grossesse qu'à cause du développement du ventre. Accouche le 2 novembre 1903 à terme d'un enfant vivant pesant 2260 gr. garçon, placenta 390. L'enfant se développe mal, malgré l'allaitement maternel (ictère et muguet), la femme quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

(Thèse A. PETIT, 1883)

Mme La..., sage-femme mariée à 15 ans et demi, accouche à 17 ans, sans avoir jamais eu ses règles. Immédiatement après l'accouchement, métrorragie, puis rien jusqu'à 20 ans. Perd son mari, nouvelle métrorragie isolée, puis rien jusqu'à 22 ans. Se remarie. 2^e grossesse, sans avoir été réglée. A 25 ans, nouvelle métrorragie, puis plus de règles. De 25 à 37 ans trois grossesses, santé parfaite ; 3 enfants vivants bien portants, léger molimen menstruel.

OBSERVATION V

(Observation due à M. le D^r RUDAUX)

M. D..., vient consulter le D^r Rudaux le 20 octobre 1920, parce qu'elle n'a pas ses règles. Mariée depuis 10 mois ; dernières règles du 15 au 20 mai. Les règles n'ont pas réapparu depuis.

A l'examen, on constate un utérus rétroversé, douloureux, non gravide (volume normal, consistance ferme).

La malade était normalement réglée auparavant, aucun syndrome pluri-glandulaire ; pourtant le D^r Rudaux prescrit de la poudre d'ovaire.

Revient consulter le 12 janvier 1921, l'utérus est en position normale. On trouve tous les signes d'une grossesse de trois mois environ. Le Dr Rudaux prévoit l'accouchement pour le début de juillet.

La malade accouche normalement le 28 juin 1921 et revoit ses règles dans la suite.

2^e grossesse en 1921. Dernières règles, 20 au 25 décembre 1920 ; accouchement normal, 1^{er} octobre 1921.

Donc : conception en période d'aménorrhée de 6 mois.

OBSERVATION VI

(Personnelle. Bastion 42)

Mme C. H..., 24 ans, premières règles à 17 ans. Mariée à 18 ans, en juillet 1923. Premier accouchement à terme, 5 mai 1924. Ne revoit pas ses règles, ne nourrit pas ; 2^e accouchement à terme en décembre 1925.

Revoit ses règles une fois, ne nourrit pas ; 3^e accouchement 16 décembre 1926. Donc 2^e conception en aménorrhée de 9 mois.

Examinée par nous, normalement constituée, mais frilosité, palpitation d'effort, migraines, grande maigreur. Wassermann négatif. Famille bien portante. Seule fille.

OBSERVATION VII

(Relevée à la Clinique Baudeloque, service du Pr COUVELAIRE, fiche n° 3584)

Mme A. B..., 20 ans.

Janvier 1925, accouche à 7 mois et demi d'un enfant de 3 livres mort quelques heures après, non réglée depuis.

5 décembre 1925, vue à la consultation paraît enceinte de 4 mois.

13 février 1926, enfant vivant : bruits du cœur ; la femme n'est pas revenue, donc : conception au cours d'aménorrhée de 8 mois.

OBSERVATION VIII

(Due à M. Siredey)

Mme X..., âge 22 ans, a toujours été mal réglée, léger embonpoint, mariée depuis 4 ans ; pas d'enfant.

Consulte en juillet 1926, parce qu'elle n'a pas vu ses règles depuis août 1925.

Examen : rien d'anormal ; léger syndrome d'insuffisance glandulaire, utérus non gravide.

Traitement opothérapique. Le Dr Siredey conseille une cure à Salies-de-Béarn, qui est faite en septembre (bains, massages, injections vaginales).

Revient consulter en novembre 1926 ; n'as pas revu ses règles depuis le mois d'août 1925 mais malaises, nausées, augmentation de volume du ventre.

Examen : utérus gravide ; grossesse probable de 4 mois environ ; la gestation a continué depuis, donc : conception en période d'aménorrhée datant de 11 mois.

OBSERVATION IX

(Tarnier, Service du P^r Brindeau)

M. Th..., 20 ans.

Primipare. D. R. 5-10 mai ; toujours mal réglée.

Consulte le 15 décembre 1926.

D'après les règles serait enceinte de 7 mois, mais utérus à peine gros comme à 4 mois et demi.

La femme raconte qu'en août, on a fait le diagnostic de gestation.

En janvier 1927, on constate une gestation de 6 mois tout au plus (D^r Vaudescal), alors que la femme devrait être à terme d'après la date des dernières règles.

Donc gestation probable en période d'aménorrhée de 2 à 3 mois.

OBSERVATION X

(Due à M. Vaudescal)

Mme A. M..., 28 ans, 1 pare.

Parents en bonne santé ; pas d'antécédents personnels (opérée d'appendicite à l'âge de 10 ans ; aurait eu, très jeune, des pertes blanches, qui auraient disparu après l'ablation de son appendice ?).

Réglée pour la première fois à 15 ans (1913), ces premières règles se seraient arrêtées brusquement à la suite d'un bain de mer et la menstruation ne se serait reproduite qu'un an après.

Toujours très mal réglée, le plus souvent tous les deux mois environ ; quelquefois restait 4 ou 5 mois sans voir. Traitée sans résultat par l'opothérapie thyro-ovarienne.

Mariée le 20 avril 1926, alors que ses dernières règles remontaient au 25 février 1926. N'a pas revu ses règles depuis cette dernière date.

A ressenti les premiers symptômes de sa grossesse dans les premiers jours du mois de juin. Cette grossesse n'a été marquée par aucun incident et actuellement (20 janvier 1927), la malade est enceinte d'environ 8 mois, et accouchera selon toute probabilité dans la seconde quinzaine de février, ce qui

fixe le début de la grossesse dans la seconde moitié de mai 1926, alors que la malade n'avait pas été réglée depuis près de 3 mois.

OBSERVATION XI

(Tarnier, accouchée n° 87, 1927, grossesse prolongée)

(Service du P^r Brindeau)

G... Ernestine, 21 ans.

D. R. 20 février.

Accouchement naturel à terme le 14 janvier, garçon, 3370.
Délivrance naturelle. Placenta 550.

Donc grossesse ayant paru durer 11 mois, d'après les D. R. ; a du débuter pendant une période d'aménorrhée.

OBSERVATION XII

(Tarnier, accouchée n° 86, 1927, grossesse prolongée)

(Service du P^r Brindeau)

Mme Gib... Armen., arménienne, 23 ans, bonne santé ; a toujours été assez bien réglée, présentant pourtant à l'occasion de fatigues, de temps en temps, des périodes d'aménorrhée qui n'ont jamais dépassé 2 mois.

1^{re} grossesse.

D. R. 28 février au 2 mars, normales.

Consulte à la clinique Tarnier, se croyant à 8 mois.

Le 29 octobre : On diagnostique une grossesse de 7 mois.

Le 1^{er} décembre : On diagnostique une grossesse de 8 mois et demi.

Le 13 décembre, 8 mois et demi, d'après le volume de l'utérus, on note que la date des D. R. ne paraît pas en rapport avec la conception.

22 décembre, paraît à terme.

21 décembre, paraît près du terme.

29 décembre, près du terme, tête élevée. On note que la conception a dû avoir lieu en période d'aménorrhée.

7 janvier, près du terme, tête élevée.

12 janvier, idem.

14 janvier, 1 h. 30, début du travail.

Accouchement le 14 janvier, à 5 h. 10, naturel. Sommet O. I. D. P. Dégagement O. P., garçon vivant, 3740. Délivrance naturelle. Placenta 500 gr.

Done accouchement 11 mois après D. R. et pourtant paraissant plutôt avant terme (poids faible de l'enfant).

OBSERVATION XIII

(Tarnier, fiche 2015, service du P^r Brindeau)

Mme M. G..., primipare, 26 ans, réglée à 11 ans. Règles irrégulières, douloureuses durant 7 à 8 jours. Dernières règles en novembre 1925. Consulte en 1926, le 20 août, le 24 septembre, le 1^{er} octobre, à Tarnier.

Grossesse normale. Entre à Tarnier près du terme le 17 octobre 1926 ; accouchement normal ; enfant de 3 kg. 250, donc : conception au cours d'aménorrhée de deux mois (grossesse prolongée).

OBSERVATION XIV

(JUGAND, Thèse Le Lorier, 1904)

Malade de 35 ans, jamais réglée, sauf à 17 ans, quelques gouttes de sang à la vulve. Chaque mois douleurs abdomina-

les et lombaires avec état fébrile. Mariée à 22 ans, désireuse de devenir mère, essaye pendant longtemps divers emménagogues, puis traitement ferrugineux bientôt suivi d'apparition des règles. Au bout de $1\frac{1}{4}$ mois grossesse.

OBSERVATION XV

(Due à M. Chifoliau)

Mme A. R..., 28 ans, entre à la Maternité de Saint-Louis, parce qu'elle souffre de l'abdomen. Antécédents : première grossesse en 1920 ; 2^e grossesse en 1924 (fausse couche de 4 mois) ; n'aurait pas eu de menstruations *depuis 5 ans et demi*.

La malade passe dans le service de chirurgie. Examen : malade obèse ; examen difficile, bouffée de chaleur, aucune perte rouge, pertes blanches. Localement ventre augmenté de volume, douloureux, masse abdominale dépassant la symphyse de quatre travers de doigt, surtout perceptible à gauche.

Toucher vaginal, col surélevé, un peu mou.

Palper bimanuel : masse débordant à gauche dépendante de l'utérus, de consistance assez molle, indolore.

On essaie une injection intra-utérine de lipiodol qui ne donne aucun résultat à la radiographie (nous n'avons pu retrouver le cliché).

On se voit forcé d'intervenir le 20 février 1926, la malade se plaignant beaucoup de douleurs abdominales : grossesse, fermeture immédiate.

La malade sort de l'hôpital le 5 mars 1926.

Revient consulter en accouchement le 21 avril 1926.

Seins et abdomen ont augmenté de volume. Utérus volumineux, col très ramolli, pas de battements cardiaques.

Consulte une deuxième fois le 5 mai 1926, examinée par le

D^r Cathala : hauteur utérine 22 cm., grossesse de 8 mois et demi ; on perçoit à droite les battements cardiaques.

La femme n'est pas revenue depuis. A dû accoucher en ville.

Conclusions

Voici quelles sont nos conclusions :

1° On trouve dans la littérature médicale *quelques cas de gestation au cours de l'aménorrhée*. Il semble que ces cas soient peut-être *plus fréquents* que nous ne le pensons, car, dans le milieu hospitalier, bien des femmes observent mal la date de leurs règles.

Dans la clientèle de ville, au contraire, où les femmes ont l'habitude de s'observer davantage et de consulter, les cas sont plus fréquemment relevés, ce qui laisse à croire qu'à l'hôpital bien des cas passent inaperçus ;

2° Les cas de gestation au cours d'état *physiologiques* d'aménorrhée (puberté et lactation) n'ont d'autre intérêt, dans notre thèse, que de souligner *l'hypothèse de l'indépendance des deux cycles de l'ovulation et de la menstruation*, sans doute soumis aux mêmes hormones sexuelles, mais pouvant évoluer chacun pour son compte.

3° Les cas de gestation au cours d'une aménorrhée *primitive totale* nous semblent de véritables

raretés. Nous n'avons pu, personnellement, en retrouver un seul récent et authentique.

4 Par contre, on note quelques cas de conception :

1° Dans l'aménorrhée *accidentelle* (d'origine émotive le plus souvent).

2° Dans l'aménorrhée qui peut suivre un *accouchement* (sans lactation).

3° Et surtout dans les périodes d'aménorrhée au cours des *dysménorrhées* avec irrégularités menstruelles (Il s'agit presque toujours, alors, de femmes présentant un état d'*insuffisance pluri-glandulaire*).

La conception en période d'aménorrhée de quelques mois donne l'illusion d'une « grossesse prolongée ».

5° Certains traitements (opothérapie, médications ferrugineuses, séjours dans les stations thermales) paraissent favoriser la conception chez les aménorrhéiques, mais elle se produit aussi en l'absence de tout traitement.

6° La connaissance des cas de conception au cours d'une aménorrhée (même prolongée pendant plusieurs années) doit faire hésiter le chirurgien à intervenir en présence d'une hypertrophie utérine chez une aménorrhéique, quelles que soient les affirmations de la femme. Il semble pré-

férable (toutes les fois qu'il n'y a pas urgence à intervenir), de surveiller l'évolution d'une gestation possible et d'attendre le terme d'une grossesse éventuelle.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

ROGER.

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

- ŒUVRES d'HIPPOCRATE. — Traduction Littré, Livre VIII, Les femmes stériles, 1853.
- PLINE. — Histoire naturelle, livre VII. Traduction Agasso de Grandcassagne, 1829. Annotations par Cuvier.
- MARCELLI DONATI. — De medica historia Mirabili, lib. sex. cap., XXIV, Proles sine menstruis, Mantoue, 1586.
- LAURENT JOUBERT. — Erreurs populaires touchant la médecine, Livre II. Chapitre 1, Rouen, 1601.
- THEMMEN. — De mensibus, ex materia quodam peculiari ovariiis secreta oriundis, Leyde, 1871, traduit par Chereau, in *Gaz. Hebd.*, 11 juin 1875.
- STARK. — Des grossesses survenues en l'absence de menstruations. In *Archiv. für die Geburtshulfe*, Iena, 1787.
- CAPURON. — Médecine légale relative à l'art des accouchements, Paris, 1921.
- BURDAC. — Traité de physiologie, trad. Jourdan, 1837.
- NÉGRIER (d'Angers). — Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine, considérées spécialement sous le rapport de leur influence dans la menstruation.
- Recueils de faits pour servir à l'étude des ovaires et des affections hystériques de la femme, 1856.
- BRIERRE DE BOISMONT. — De la menstruation dans ses rapports physiologiques et pathologiques, Paris, 1842.
- GODÉFROY. — *Revue de thérapéutiques médico-chirurgicales*, Paris, 1869, page 289.

- COLOMBAT. — Traité complet des maladies des femmes et de l'hygiène de leur sexe, Paris 1843.
- DUBOIS. — Traité d'accouchement, Paris, 1849.
- W. TAYLOR. — Philadelphie, août 1882. Smith Biddle, Medical Examen, 1852.
- FLETWOOD CHURCHILL. — Traité pratique des maladies des femmes ; traduction par Vieland et Du Brisay, 1866.
- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, 1858.
- NONA et LINAS. — Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1860.
- JAMES YOUNG. — Tr. Edimbourg. Obst. Society, 1869-71, Tome II, page 74.
- COURTY. — Tr. pratique des maladies de l'utérus, ovaires et trompe. 2^e édition, 1872.
- CAZEAUX. — Tr. théorique et pratique des accouchements, Paris, 1877.
- V. SABOIA. — Tr. théorique et pratique de la science et de l'art de l'accouchement, 1873.
- DE SINETY. — Manuel pratique de gynécologie, Paris, 1879.
- BEIGEL. — Die Krankheiten des weiblichen geschlechtes, Tome I, erlangen, 1874.
- BRIAND et ERN. CHAUDÉ. — Manuel complet de médecine légale, Paris.
- LUTAUD. — Manuel de médecine légale et jurisprudence médicale, Paris, 1880, 3^e édition.
- RACIBORSKI. — Traité de la menstruation, 1868, Paris.
- CHERAU. — Mémoires pour servir à l'histoire des maladies des ovaires, 1844.
- PUECH. — Des ovaires et de leurs anomalies, Paris, 1873.
- G. ROBERT. — In Journal l'Expérience, février 1843.
- WIER. — Opera Omnia. Obs. Med. Rariorum, Livre II, Amsterdam, 1640.
- P. POTT. — Œuvre chirurgicale, page 92, Tome I, Paris, 1877.

- KOEBERLÉ. — In nouveau Dictionnaire de chirurgie et de médecine pratique, Livre XXV.
- PÉAN. — De l'ablation des tumeurs du ventre considérée dans les rapports avec la menstruation. — In *Gazette Médicale*, 1880.
- LE BEC. — Recherches sur les suites éloignées des opérations d'ovariotomie. — *Arch. Générales Médecine*, 1882.
- L. ORMIÈRES. — Sur la menstruation après l'ovariotomie de l'hystérectomie. — Thèse Paris, 1880.
- HEGAR. — Die castrations der frauen, 1878.
- BATTEY. — Extirpations of the fonctionally active ovaries for the remedy of the otherwise incurable diseases. — *Gynécol. transaction*, 1877.
- NORDAU. — De la castration de la femme, Paris, 1882.
- TERRILLON. — Troubles de la menstruation après des lésions traumatiques ou chirurgicales d'après l'ovariotomie. — *Annales de Gynécol.*, 1882.
- DEPAUL et GUÉMOT. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. menstruation.
- PUECH. — De l'utérus pubescent. — *Annales de Gynécol.* Tome I, 1874.
- BURDEL (de Vierzon). — In annales de Gynécologie, Tome XI, 1879. (Observations d'inversion utérine).
- VERMEIL. — Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses. — Thèse de Paris, 1880.
- BOIN. — A propos des rapports entre ovulations et menstruations. — *Annales d'obst. de Milan*, 1896, tome I, p. 688.
- T. GAUCHER. — Aménorrhées. Ovulation. — *Bulletin Société Médicale*, 1880, p. 229-231.
- ANCEL et BOUIN. — Sur la détermination de la date de la fécondation chez la femme. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1916.
- BOUIN et ANCEL. — Corps jaune et glande mammaire. — *Presse médicale*, 1911, p. 577. — *Presse Médicale*, 1925.

- CORNER C. W. — Oestrus, ovulation and menstruation. Physiological reviews, 1923. Ovul. et menst. in macacus rhesus. Pub. n° 332 of the Carnegie Inst. of Washington.
- FRAENKEL (L.). — Physiologie der weiblichen genitalorgane in : Halban Seitz, Biologie et Pathologie des Weibes, 1924.
- LOEB. — The mechanism of the sexual cycle with special reference to the corpus luteum. — *Americ. Journ. of anatom.*, vol. 32, 1923.
- MARSHAL. — Physiologie of reproduction, 1922 (Bibliogr. étendue).
- PINARD. — *Annales d'Obst. et de Gynécol.*, 1909.
- DE ROUVILLE. — *La Gynécologie*, août 1921.
- SAND KNUD. — Etudes expérim. sur les glandes sexuelles chez les mammifères. — *Journal de physiologie et de pathol. gén.*, juillet 1921.
- SCHICKELÉ (G.). — Et. sur le fonct. des ovaires, I^{re} II^e, III^e, IV^e p. — *Gynécol. et Obst.*, tome III, V, IX.
- La menstruation et ses rapports, etc... in *Ergebn. d. inn Mediz. u. Kinderheilk*, vol. XII, 1913.
- TEREBINSKAJA POPOVA. — Les rapports entre l'ovulation et la menstruation (Leningrad). — *Annal. in Ber. f. d. ges. Geb. à Gyn.*, volume VIII, p. 53, 1925.
- WATKINS. — L'ovulation et la menstruation. — *Amer. J. of obst. and Gyn.*, 1921, t. II, p. 489.
- WATRIN (J.). et HAMANT (A.). — Etude histophysiologique du corps jaune périodique ; ovulation et menstruation chez la femme. — *Rev. médicale de l'Est*, 1920, p. 431.
- JUGAND L. — Aménorrhée chez une femme de 35 ans. Grossesse. — *Gazette des Hôpitaux Paris*, 1881, T. 54, p. 1043.
- GALLARD. — Leçon clinique. — *Annales Gynécol.*, 1882.

- POZZI (M.). — Note sur l'emploi du fer dans l'aménorrhée. — *Raccogliare medico*, 1897.
- ANDRÉ PETIT. — Sur la conception dans l'aménorrhée. — Thèse Paris, 1883.
- LE LORIER. — Etude sur l'aménorrhée primitive. — Thèse Paris, 1904.
- D^r MORISSET (Mayenne). — Observation citée par D^r Siredey. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1920.
- A. SIREDEY et J.-L. FAURE. — Traité de gynécol. médico-chirurgicale, 1911, p. 205.
- A. SIREDEY. — Aménorrhée et mariage. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 25 avril 1920.
- SCHICKELÉ (G.). — Rapports sur l'action biologique de l'ovaire et de la glande interstitielle de l'ovaire. — IV^e Congrès de l'Association de Gyn. et Obst. de langue française, Paris, octobre 1925.
- PAUL DALCHÉ. — Aménorrhée, p. 72, in *maladies de l'ovulation*, Paris, 1925.
- Le molimen cataménial et ses accidents, in *Etude de Gyn. clinique opératoire*, 1926.
- P. PETIT DU TAILLIS. — Le facteur endocrine en gynécologie, 1926.
- H. VIGNES, BARBARO RINGARD et DUFRENOY. — Avortement et stérilité. Collection des travaux de pathologie comparés, 1926.
-

Table des Matières

	Pages
Introduction	13
Historique	15
Aperçu de l'état actuel de la question des rapports entre ovulation et menstruation	18
Conception au cours d'états physiologiques d'aménorrhée	
a) Avant la puberté	22
b) Les nourrices	23
Conception au cours d'états non physiologiques d'amé- norrhée	25
a) Aménorrhée primitive	26
b) Aménorrhée accidentelle	27
c) Aménorrhée après un accouchement sans lactation	29
d) Aménorrhée au cours de la dysménorrhée habituelle	30
Rôle de la thérapeutique dans ces cas	34
Diagnostic différentiel de la grossesse en cas d'aménorrhée prolongée	36
Mariage et aménorrhée	38
Observations	40
Conclusions	49
Bibliographie	53

Table des Matières

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
